

(認定様式 5号)

給与・賞与支払（見込）証明書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

対象者氏名	光学 花子			男・ <b>女</b>		
生年月日	昭和・平成：	63年	3月	3日	続柄：妻	年齢：33歳
住所	東京都八王子市石川町 12345					

NO	支払年月日	支払金額 (諸手当を含む総額)	NO	支払年月日	支払金額 (諸手当を含む総額)	
1	R 2年 12月分	44,000 円	7	R 年 月分	円	
2	R 3年 1月分	58,000 円	8	R 年 月分	円	
3	R 3年 2月分	66,000 円	9	R 年 月分	円	
4	R 3年 3月分	66,000 円	10	R 年 月分	円	
5	R 3年 4月分	66,000 円	11	R 年 月分	円	
6	R 3年 5月分	66,000 円	12	R	賞与の支給がある場合は賞与額も記載してください。	円
賞与①	R 2年 12月分	10,000 円	賞与②	R		円
合計		376,000 円				
備考	令和 2 年 12 月 ~ 令和 3 年 5 月までは収入実績 令和 年 月 ~ 令和 年 月までは収入見込 ※休業開始日：令和 年 月 日（休業した場合に記載）					

上記の通り証明いたします。

青色の文字は会社側の記入欄です

令和 3 年 6 月 1 日

住 所 東京都西多摩郡日の出町 56789

会 社 名 西多摩株式会社

代 表 者 名 東京 太郎

印